Sprachheilarbeit

Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland Sitz Hamburg

Nr. 3

Oktober

1957

Dr. Werner Orthmann:

GRUNDLAGEN DER CHEWING METHOD (FROESCHELS) UND IHRE ANWENDUNG BEI STIMMLICHEN HYPERKINESEN

Für die weitere Ambulanz einer Sprachheilschule, die ja vielfach über das sprachgestörte schulpflichtige Kind hinausgreift, soll hier in gedrängter Übersicht ein Behandlungsverfahren dargestellt werden, das von Emil Froeschels (1) unter dem Namen "Chewing Approach" entwickelt wurde. Der Verfasser hat es vor allem hinsichtlich seiner Brauchbarkeit für die sogenannten hyperkinetischen Stimmstörungen untersucht (2). Über die von Froeschels und anderen Autoren berichtete Anwendungsmöglichkeit für Sprachstörungen, insbesondere Stottern, liegen in Deutschland nur wenige kurze Berichte vor. Wieweit die Therapie für die Praxis der Sprachkrankenschule selbst von Bedeutung ist, muß weiteren wünschenswerten Untersuchungen vorbehalten bleiben.

I. Grundlagen der Kaumethode

Froeschels will mit seiner Kaumethode eine radikale Abkehr von den sogenannten analytisch-synthetischen Methoden der Sprach- und Stimmtherapie. Er versteht hierunter solche Anweisungen, die versuchen wollen, eine harmonische ganzheitliche Funktion in getrennten Schritten zu erreichen, also etwa nach der anatomischen Anordnung der Respirations-, Phonations- und Artikulationsorgane die Atmung, Stimmgebung

und Lautausformung in variierten Übungsschemata funktionstüchtig zu machen versuchen. Hiermit wird aber eine didaktische Konzeption über die psychophysische Ganzheit gestellt, ähnlich wie auch Luchsinger (3) warnend betont, daß nur zu didaktischen Zwecken die funktionelle Einheit von Atemapparat, Kehl- und Nasenrachenraum mit Resonanz und Stimmlippenvibration verlassen werden sollte. Die Ganzheits- und Gestaltpsychologie formt demnach Froeschels' Bestrebungen, den circulus vitiosus vieler Sprach- und Stimmstörungen zu durchbrechen.

Daß wir heute gehalten sind, nach Hussons (4) Veröffentlichungen und den vielfachen Hinweisen auf den psychophysischen Komplexcharakter von Störungen der Stimme und Sprache alle "mechanistischen Getriebelehren" kritisch zu betrachten, bedarf eigentlich keiner weiteren Erwähnung. Daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, wird gerade in unserem Sektor wie selten irgendwo offenbar. Daß es gilt, den kranken Menschen mit seiner Sprach- oder Stimmstörung anzunehmen, weniger den Menschen mit kranker Stimme oder Sprache, beginnt sich mehr und mehr durchzusetzen. Es fehlt, wie gesagt, an entsprechenden Hinweisen etwa seit Ephraim (5) nicht. Die praktische Durchführung kann jedoch selten auf glatte und leicht erlernbare Übungsschemata zurückgreifen. Wie kaum irgendwo ist die Persönlichkeit des Therapeuten mehr oder weniger ausschlaggebend für die Realisierung einer therapeutischen Ganzheitssicht. So ist zu verstehen, daß man sich Meinungen über psychische Faktoren, Angst- und Erwartungsneurosen, psychische Spannungen, Minderwertigkeitsgefühle u. a. m. durchaus zustimmend nähert, jedoch vielfach nichts Rechtes damit anzufangen weiß und öfter gerne wieder zu den leichteren und jederzeit griffbereiten Atem-, Summ- und Artikulationsübungen zurückkehrt. Ihr Wert soll keinesfalls geschmälert, sondern nur in einen größeren Rahmen eingeordnet werden.

Aus dieser Erkenntnis heraus kann man nicht umhin, die von Froeschels entwickelte Chewing Method gerade im Hinblick auf eine praktische Anleitung zur ganzheitlichen Behandlungsweise in den Umkreis des eigenen Tuns aufzunehmen und zu erproben.¹)

Froeschels gibt an (6), daß die alltägliche Tatsache, daß man gleichzeitig kauen und sprechen könne, seine besondere Aufmerksamkeit erregte und zu Forschungen anstieß. Anatomische Grundlagen sind ein gemeinsames kortikales Zentrum in der vorderen Zentralwindung, gemeinsame sensible Zentren in der hinteren Zentralwindung, im Scheitellappen und Thalamus; eine gemeinsame Koordinationsstation im Striatum-pallidum, gemeinsame periphere Nerven: Facialis, Trigeminus, Hypoglossus, Glossopharyngicus, Vagus; gemeinsames Ausführungsorgan: Muskeln des Pharynx und Ansatzrohres.

^{1) &}quot;So komplex die Ätiologie, so komplex die Therapie", sagt Brankel 1955 hinsichtlich des Stotterns. Für Stimmstörungen gilt das Gleiche!

Schon 1920 (7) empfiehlt er das sog. "Kieferschütteln" als Mittel zur Entbindung der Stimme, während später Kaubewegung und Phonation im sogenannten "Atemessen" oder "Atemspiel" verbunden wurden. Eine Reihe namhafter Autoren bestätigt die Brauchbarkeit dieser therapeutischen Maßnahmen. Eine erste Monographie dieser zur "Chewing Approach" erhobenen Bemühungen wurde 1952 (1) vorgelegt. Im deutschen Schrifttum ist sonst hierüber wenig zu finden (Übersicht in 2).

Froeschels widmet der Frage der Ahnlichkeit von Kau- und Sprechartikulation große Aufmerksamkeit (6, 10). Sie geht über rein medizinisch-logopädische Aspekte hinaus bis ins Gebiet des Sprachursprungs, Fragen, denen hier nicht weiter nachgegangen werden soll. Auf dem Greater New York Dental Meeting wurde 1951 von Syrop (9) die Farbfilmaufnahme eines Patienten vorgeführt, dessen linke Wange und ein Teil des linken Unterkiefers wegen eines Sarkoms operativ entfernt war. Die Mundhöhle war von dieser Seite gut einzusehen. Pat. kaute erst und sprach anschließend etwas. Froeschels unterstreicht seinen Zweifel, die beiden unterschiedlichen Funktionen einwandfrei unterscheiden zu können, wenn nicht das Kaugut sichtbar wäre. Ähnliches wird von einem von Lindenberg 1952 vorgeführten Röntgenfilm ausgesagt. Auch bei bestimmten degenerativen Erscheinungen werden Beobachtungen gemacht, die diese Ähnlichkeitstheorie stützen. So läuft der Sprachabbau in terminalen Stadien (Paralyse) im Grunzen und Schmatzen aus. Ferner können die Ergebnisse elektrischer Reizungsversuche herangezogen werden (1, 6). Sie wurden an den Zentralwindungen bei Patienten durchgeführt, die wegen Epilepsie oder Tumor operiert worden waren. Parallel laufend konnten Gesichtsbewegungen, Kiefer- und Zungenexkursionen mit Stimmgebung wahrgenommen werden. Von der vorderen oder hinteren Zentralwindung ausgehende Sprechhemmungen korrespondierten mit Schluckbewegungen. Reizungen der unteren Teile des sensorischen Gebietes können Phonation, dem Essen und Saugen entsprechende Mundbewegungen, Speichelfluß und Schlucken hervorrufen.

Stimmgebung und Sprechen stellen ererbte und ursprüngliche Mechanismen in den Dienst, die der Atmung und Nahrungsaufnahme. Die Lallperiode des Kindes, die "Urlautperiode" (Kußmaul), ist ebenso ein Training für artikuliertes Sprechen wie für Kaubewegungen. Der Kehlkopf war als Sicherheitsverschluß für die Luftwege angelegt, dazu bestimmt, das Eindringen von Nahrungsteilchen in die Lungen zu verhindern. Angeborene Mechanismen werden so vom späteren Sprecherwerb genutzt. Eine amerikanische Arbeit (Shohara, 11) versucht darzustellen, daß die Sprechbewegungen im oralen und pharyngealen Bereich Modifikationen des Saugens, Schluckens und Kauens sind.¹)

¹⁾ Siehe auch Trojan: "Zur Grundlegung einer Entwicklungsphonetik." Folia phoniatrica, Jg. 1955, H. 2.

Den Ausführungen von Froeschels und seiner Schule können zwanglos eine Reihe im deutschen Schrifttum verstreuter Darlegungen angeschlossen werden, die die Ähnlichkeit zwischen Kau- und Sprechbewegungen zum Inhalt haben. So bestätigen Geißler (12), Seydel (13), G. G. Weiß (14), Richter (15), Arnold (3), Kainz (16), Trojan (17), C. u. W. Stern (18) u. a., daß zumindest für die Entwicklung der Sprechbewegungen die Instinkthandlungen der Atmungs-, Saug-, Kau- und Schluckbewegungen maßgebend sind. Das funktionelle Wirkungsgefüge des Gebißsystems verbindet Kauen und Sprechen durch notwendige Synergismen (Wild, 19), wobei der Unterschied nur darin besteht, daß die mastikatorische Funktion mit einem bestimmten Krastmaß und unsymmetrisch verläuft, wohingegen die phonetische symmetrisch und dynamisch weicher abläuft. Der nervös-motorische Ablauf beim Kauen und Sprechen ist im allgemeinen ein unbewußt-reflektorischer Vorgang. Beim Kauen arbeiten lediglich Kontrollen durch Tast-, Druck- und Temperatursinn, ferner Schmerz- und Muskelempfinden (Wild), ebenso wie die Sprechhandlung durch Sprechbewegungsvorstellungen kinästhetischer Natur als motorisches Leitschema gesteuert wird, wobei diese Regulativ- und Kontrollinstanz bis zum Kaumbemerklichen absinkt (Kainz). Ahnlich wie also beim Kauen erst beim unvermuteten Beißen auf etwas Hartes die bewußte, verstandesmäßige Kontrolle eingeschaltet wird, kann beim Verwenden einer neuen Prothese im Mund oder beim Einfahren einer neuen Zungenlage in der Sigmatismustherapie der Sprechvorgang verstandesmäßig kontrolliert werden.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß über das Ausmaß der Offnungsbewegungen für den Kauakt und das Sprechen etwa übereinstimmende Forderungen vorliegen. So erachten Römer und Hentze (20) Bißöffnungen von 18—22 mm als ausreichend für den Kauakt, ebenso wie z. B. von sprechkundlicher Seite etwa 20 mm Zahnreihenabstand für den größten Offnungslaut, das A, angegeben werden (z. B. Schweinsberg, 21).

Da die ursprüngliche Funktion der Kaubewegung bei Stimm- und Sprachstörungen weitgehend normal abläuft, in manchen Fällen normalisierte phonetische Funktionen entstehen, wenn der Kauvorgang zugrunde gelegt wird, führt Froeschel diesen Kauvorgang als Grundlage der Chewing Approach für die Therapie von Sprach- und Stimmstörungen ein.

II. Die hyperkinetische Stimmstörung

Die stimmliche Hyperkinese als funktionelle Störung ist gekennzeichnet durch ein mehr oder weniger starkes Übermaß der Muskelfunktionen in der Atmung, Phonation und Artikulation. Hierbei muß auf die von Luchsinger (3) erwähnte akustisch-phonatorische Koordination verwiesen werden, die das neuro-muskuläre Zusammenspiel als Ausdruck der Umwelt, des Berufes und anderer Faktoren darstellt. Hyperkinetische

Stimmstörungen werden daher vorwiegend bei Angehörigen von Sprechberufen diagnostiziert oder nehmen hier besonders unangenehme Formen an. Die in der Logopädie berüchtigte "Lehrerkrankheit" dürfte vorwiegend hyperkinetischer Natur sein.

Für die Diagnostik ist von Froeschel (22) ein sogenanntes akustisches Lokalisationsschema vorgelegt worden, das Verfasser um drei Merkmale erweiterte (2). Das Schema gestattet, die einzelnen hyperkinetischen Phänomene in einer übersichtlichen Anordnung zu erfassen, wodurch sich der diagnostischen Präzision, der Therapie, der wissenschaftlichen Auswertung und pädagogischen Forderungen ein brauchbares Hilfsmittel anbietet.

Grundsätzlich geht die medizinische Diagnose voraus, d.h. die Abgrenzung von medizinischen Zuständigkeiten und die Überweisung eines vorwiegend oder gänzlichen funktionellen Befundes in den pädagogischen Bereich. Die notwendige und fachlich abgegrenzte Zusammenarbeit von Medizin und Sprachheilpädagogik darf noch einmal besonders unterstrichen werden. Ferner ist die sorgfältige Anamnese selbstverständlicher Bestandteil der Diagnose.

(Fortsetzung umseitig)

Achtung, Mitglieder!

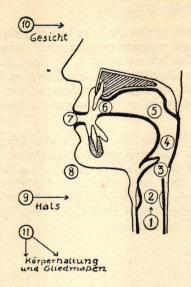
Wer kennt die neuen Anschriften der Kollegen Adolf Müller, Rostock, und Kurt Albers, Duisburg-Hamborn?

Meldung an die Geschäftsführung der Zeitschrift erbeten.

Druckfehler-Berichtigung

In Nr. 2/1957 sind zwei sinnentstellende Fehler übersehen worden. In der 34. und 40. Zeile auf Seite 37 muß es anstatt neutral selbstverständlich neural heißen. Wir bitten um Entschuldigung.

Das erweiterte Lokalisationsschema hat folgendes Aussehen:



- 1 = Subglottische Hyperfunktion. Übermaß von Atemdruck. Atempressen.
- 2 = Glottische Hyperfunktion. Glottisschlag. Harter Einsatz. Überschreitung der mittleren Sprechstimmlage (Indifferenzlage).
- 3 = Hintere untere Hyperfunktion. Kehliger, rachiger Klang. Schmerzhafte und unangenehme Empfindungen wie Trockenheit, Kratzen, Brennen, Druck, Wundgefühl, Räusperzwang, Schluckbedürfnis, Hustenreiz.
- 4 = Hintere mittlere Hyperfunktion in Höhe des Überganges vom Rachen zur Mundhöhle. Knödliger, kloßiger Klang.
- 5 = Hintere obere Hyperfunktion in Gegend des weichen Gaumens. Resonanzstörungen. Anasales und übernasales Phonieren. Gaumiger Klang. Stimme mit "faukaler Enge" (Trojan, 21).
- 6 = Vordere Hyperfunktion im Bereich der Vorderzunge. Mundknödel, "Schwere Zunge".
- 7 = Vordere Hyperfunktion im Bereich der Lippen. Mangelhafte Sprachlautausformung. Nuscheln. Verwaschener Klang.

- 8 = Vordere Hyperfunktion im Bereich des Unterkiefers. Geringe Offnungsweiten. Nuscheln. Gepreßtes Sprechen. Zahniger Ton. Nußknackersprechen.
- 9 = Hyperfunktion der äußeren Halsmuskulatur. Gepreßte Halsmuskulatur und Halsvenen. Kehlkopfhochstand.
- 10 = Hyperfunktion der Gesichtsmuskulatur. Schiefziehen des Unterkiefers, Kopfneigen, Nicken. Stirnrunzeln. Lippenzuckungen. Grimassen und besondere Mitbewegungen in diesem Bereich.
- 11 = Hyperfunktion in Körperhaltung und Gliedmaßen. Mitbewegungen von Armen und Beinen. Nervöses Ticken mit den Fingern. Klopfbewegungen. Steife Körperhaltung u...a. m.

III. Anbahnung normaler Funktionen durch die Kaumethode

Die Chewing Method stellt nach Froeschels' Ausführungen nicht nur eine Lockerungsmaßnahme dar, sondern verbindet in elastischer Synthese Spannung und Entspannung. Ihr instinktgebundener Ablauf beschränkt sich nicht nur auf die Artikulationsorgane und die Phonation, sondern der ganze Mensch wird unter der Voraussetzung entsprechender Mitarbeit einbezogen.')

Als Ausgangslage wird die mit dem Essen und Kauen gegebene psychophysische Gesamthaltung genutzt. Sie ist gekennzeichnet durch relative Aufgelockertheit und lustbetonte Hinwendung zum Nahrungsgenuß. Als Haltung des Wertgenusses entbehrt sie daher der Spannung zwischen Subjekt- und Objektpol des Bewußtseins und imponiert als Aufschließung des Organismus gegenüber allem förderlichen Erleben in "faukaler Weite" mit Entspannung, erweichtem Einsatz, geringer Artikulationsenergie (Trojan). Der Kauvorgang verbraucht, wie Froeschels betont, nicht mehr Energie, als gerade notwendig ist.

Mit dieser allgemeinen Grundhaltung wird oft erreicht, was Bestandteil nahezu aller Stimmbildungs- und Stimmtherapieanweisungen ist: die entspannte, lockere Gesamtsituation. Eine wertvolle, ja meines Erachtens unumgängliche Unterstützung wird gegeben durch die Aufklärung des Patienten über die Natur seiner Stimmstörung. Die ruhig-sachliche Erörterung der für ihn oft unerklärlichen und bedrückenden Phänomene führt zu einer Distanzierung vom Leiden, die als erster Schritt zur Wiedergewinnung der inneren Ruhe bezeichnet werden darf. Auch über die Natur des therapeutischen Weges erfolgt eine kurze Aufklärung:

Der Stimmton wird im Ansatzrohr (Bild) resonatorisch geformt. Das Ansatzrohr hat zwei Stockwerke, Mund- und Nasenhöhle. Die die Mund-

¹⁾ Auf O. Brankels Ausführungen (Folia phoniatrica, Jg. 1955, H. 3) wird verwiesen.

höhle nahezu ausfüllende Zunge kann zurückfallen, dadurch den Mundrachen verengen und den Kehldeckel herabdrücken. Wie wird der Stimmklang dadurch beeinflußt? (Demonstrieren). Die Gaumenbögen können sich erweitern und verengen (Bild) und formen dadurch den Stimmklang charakteristisch. Das Gaumensegel (Bild) kann sich fest an die hintere Rachenwand legen oder einen Durchgang zur Nase lassen. In welchem Falle ergibt sich eine günstigere Resonanz? (Demonstrieren).

Die gute Stimme setzt demnach voraus: Vorn liegende Zunge (Kontaktstellung mit den unteren Schneidezähnen), aufgerichteter Kehldeckel, optimal entspannte Gaumenbögen (faukale Weite), Verbindung von Mundund Nasenrachen (Nasalität).

All diese Voraussetzungen sind beim Kauvorgang automatisch gegeben, der ja von den gleichen Muskeln gesteuert wird wie das Sprechen. Die Zunge bewegt sich meist im vorderen Teil des Mundes (außer beim Schlucken), die Lippen sind in guter Bewegung (beim natürlichen Kauen), die Nasenatmung ist weitgehend eingeschaltet. Die relativ gute Stimme des Kleinkindes findet hier eine gute Erklärung.

Da beim Kauen all das eintritt, was für die gute Stimmgebung notwendig, aber bei Ihnen nicht vorhanden ist, müssen logischerweise Kauvorgang und Phonation in einem bestimmten Übungsablauf verbunden werden.

Die obigen Angaben sind nur ein grober Anhalt. Das letztlich nie schriftlich fixierbare pädagogische Tun wird natürlich von Therapeut, Patient und Situation variiert.

Der Kauvorgang selbst erfolgt zunächst real, d. h. mit Kaugut, wozu sich zweckmäßigerweise Kaugummi gut eignet. Es ist darauf zu achten, daß der Ablauf in lockerer, griffiger, elastischer Weise, ohne Rücksicht auf konventionelle Gepflogenheiten, durchgeführt wird.

Im weiteren Verlauf wird dann zunächst die Stimme hinzugeschaltet, wobei der Kauvorgang immer das Primäre bleibt. Es ist immer wieder erstaunlich, welche relativ entspannte Stimme in meist beträchtlicher Senkung der überhöht gewesenen Sprechstimmlage zu vernehmen ist. Hiermit wird, besonders was die Stimmsenkung anbetrifft, in leichter und natürlicher Weise erreicht, was namhafte Mediziner und Sprecherzieher fordern. Vielleicht darf hier noch einmal betont werden, daß die ganzheitliche Chewing Method den analytisch-synthetischen Weg, innerhalb dessen z. B. die Erarbeitung der richtigen Sprechstimmlage als ein Kapitel unter vielen anderen angelegt ist, ablöst durch einen natürlichen, instinktiv verwurzelten Funktionsgang, aus dem alle Einzelheiten, also auch die richtige Sprechstimmlage, organisch erwachsen.

In mehreren Sitzungen wird zunächst nur die dichtere, nasalere und gesenktere "Kaustimme" eingefahren. Daß möglichst eine 10- bis 14tägige

Stimmruhe eingehalten werden muß, ergibt sich aus der psychologischen Einsicht, das Klangmodell der fest verwurzelten alten Stimme zu vergessen und eine zunächst ungewohnte Phonation sich "körpereigen" zu machen. Die täglichen Übungen sollen ziemlich oft, jedoch jeweils nicht überdehnt, durchgeführt werden, wobei zweckmäßige Unterstützungen wie Kieferschütteln oder die "Pleuelübung" (Fernau-Horn, 23) eingeschaltet werden können. Sie müßten etwa 20 mal täglich je 2 bis 5 Minuten lang gearbeitet werden.

Bei einwandfreiem Ablauf bringt die nächste Phase das Einschalten von Wörtern in die Kauphonation, wobei von Fall zu Fall Vokalaufprägungen vorausgehen können. Wichtig ist, daß sich sowohl bei vokalischen Aufprägungen wie beim Wortsprechen in Stimmklang, Artikulations- und allgemeinem Körpergefühl möglichst wenig Änderungen zwischen Kauund Sprechphonation ergeben, daß das Wort möglichst gleitend sich in die Kauphonation einschiebt. Besonders eignen sich Wörter mit Nasalen, J und L.

Die Übungen können nach und nach mit imitiertem Kauen durchgeführt werden. Der weitere Ablauf nimmt dann sukzessiv kleine Sätzchen, größere Folgen und Satzperioden in die umrahmende Kauphonation auf, bis nach und nach ein Ausgleich der beiden Funktionen im Stimmklang vollzogen ist.

Der Übungsgang der Kaumethode wird durch Verwendung der Schallaufnahme als Therapeutikum der "Begegnung mit der eigenen Stimme" (Wilhelm, 24) wirksam unterstützt. Die fortlaufende Veränderung der Stimme im Vergleich mit der Erstaufnahme und zur Therapeutenstimme erleichtert das Gefühl der Anpassung an normale Funktionen, der wieder sozial vollwertigen Eingliederung.¹)

Nähere Anweisungen müssen der einschlägigen Literatur entnommen werden. Aufgabe dieser Veröffentlichung kann nur sein, eine bislang weniger beachtete Behandlungsmethode zur Diskussion zu stellen, zu weiteren Erprobungen und Erfahrungsberichten auch für weitere Bereiche von Sprachstörungen anzuregen.

Literatur-Angaben:

- (1) D. A. Weiß and H. H. Beebe: The Chewing Approach in Speech and Voice Therapy. Basel-New York 1952.
- (2) W. Orthmann: Sprechkundliche Behandlung funktioneller Stimmstörungen. Halle (Saale) 1956.
- (3) R. Luchsinger u. G. E. Arnold: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien 1949.
- (4) In thersicht bei: G. Panconcelli-Calzia: Die Stimmatmung. Nova Acta Leopoldina Nr. 123, Bd. 18. Leipzig 1956 bei Johann Ambrosius Barth.

¹⁾ H. Krech (Halle/Saale) macht von dieser Möglichkeit auch in der Therapie von Sigmatismen unter der Bezeichnung 'kombiniert-psychologische Methode' erfolgreich Gebrauch.

(5) Alfred Ephraim: Die Hygiene des Gesanges. Leipzig 1899.

(6) Emil Froeschels: Die Wesenseinheit der Kau- und Artikulationsbewegungen. Wiener Klinische Wchschr. 64. Jg. 1952, 633 ff.
 (7) Ders.: Singen und Sprechen. Leipzig und Wien 1920.

(8) Ders.: Some important links between Logopedics and Otolaryngology. Folia phoniatrica, Jg. 1952, H. 1.

(9) Ders.: The Origin of the Chewing Method. In: D. A. Weiss and H. H. Beebe,

- S. 1).
 (10) Ders.: Medizinische Beiträge zu einer Theorie der Entstehung der Sprechbewegungen (der artikulierten Sprache). Arch. Néerlandaises de Phonétique experimentale. Tome XV, Amsterdam 1939, 81 ff.
 (11) H. H. Shahara: A Contribution to the genesis of speech movements. Diss.
- Michigan 1932. Leipzig und Berlin 1921.
- (12) Ewald Geissler: Rhetorik. Erster Teil: Richtlinien für die Kunst des Sprechens.
 (13) Martin Seydel: Anhub. In: Wort und Ton. Zweimonatsschr. f. Stimmbildg., Sprechkunde, Rede und Gesang, herausg. von M. Seydel u. E. Geissler. 1. Jg. 1933, H. 1.
- (14) G. G. Weiß: Allgemeine Stimbildungslehre für Gesang und Rede mit anatomisch physiologischer Begründung. Braunschweig 1868.

(15) E. Richter: Wie wir sprechen. Leipzig-Berlin 1912.

- (16) Friedrich Kainž: Der Ursprung der Sprache. Dt. Vierteljahrssschr. f. Lit., Wiss. u. Geistesgesch. Hrsg. v. P. Kluckhohn u. E. Rothacker. 15. Jg. 1937. 1 ff. Psychologie der Sprache. Zw. Bd. Stuttgart 1941.
- (17) F. Trojan: Der Ausdruck der Sprechstimme. Wien 1952.

(18) C. u. W. Stern: Die Kindersprache. Leipzig 1928.

(20) Rohrer: Die Störungen des physiologischen Kauaktes und ihre Bewertung. Zahnärztl. Rdsch. Jg. 1921, H. 23, S. 351 ff.
(21) F. Schweinsberg: Stimmliche Ausdrucksgestaltung im Dienste der Kirche. Heidelberg 1946.

(22) E. Froeschels: Gesetzmäßigkeiten in der Erscheinung und Entwicklung der hyperfunktionellen Heiserkeiten, Mschr. f. Ohrenhk. u. Laryngo-Rhinologie. Jg. 1937, S. 400 ff.

(23) H. Fernau-Horn: Zur Übungsbehandlung funktioneller Stimmstörungen. Folia phoniatrica. Jg. 1954, H. 4.

(24) W. Wilhelm: Die psychotherapeutischen Möglichkeiten der gezielten Stimmwiedergabe. Psych. Rdsch. Jg. 1953, H. 3.

Anschrift des Verfassers: Dr. Werner Orthmann, Schule für Sprachkranke, Hamburg 6, Karolinenstraße. 35

Über das vorliegende Thema sprach Dr. Orthmann vor der Landesgruppe Hamburg. Die Ausführungen fanden allseitiges Interesse und lösten eine lebhafte Diskussion aus. Wenn man zudem berücksichtigt, daß die "Chewing Approach" in USA weit verbreitet ist, so sollten auch wir die Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis, auch für die Behandlung des Stotterns, noch mehr erproben.

Durch diese Veröffentlichung soll daher allen Kollegen Theorie und Praxis dieser Methode näher gebracht werden. Johannes Wulf Otto Dick:

GEDANKEN ZUR PROPHYLAXE BEI SPRACHSTÖRUNGEN UND ANDEREN PSYCHISCH ODER SOMATISCH BEDINGTEN ERKRANKUNGEN IN DEN KINDERJAHREN

(Fortsetzung und Schluß)

Schon aus diesen wenigen Angaben dürfte unzweifelhaft hervorgehen, daß sich gerade in unserer Zeit Dinge bemerkbar machen, die der gesamten Entwicklung unserer Jugend die schwersten Schädigungen zufügen. Wenn es sich dabei nicht um Einzelfälle handelt, sondern die störenden Einflüsse in recht breiter Form zur Wirksamkeit gelangen, so muß es ein Gebot der Stunde sein, hier mit allen Mitteln Einhalt zu gebieten.

Welche vorbeugenden Maßnahmen könnten hier ergriffen werden? Rein zeitlich wäre zu unterscheiden, welche prophylaktischen Bemühungen für die Vorschulzeit oder die Schulzeit des Kindes in Betracht kämen.

Für die Zeit vor dem Schuleintritt geht der Weg eigentlich nur über die Belehrung und Beratung der Eltern. Von den entsprechenden Familienverbänden und Frauenvereinigungen wird diesbezüglich immerhin schon einiges versucht, aber die allgemeine, vielfach noch moralisierende Art, in der dies geschieht, hat zu wenig Breitenwirkung und Durchschlagskraft. Es wäre vielleicht hier die Frage berechtigt, ob sich nicht mehr amtliche Stellen einschalten müßten, die durch Unterstützung der bestehenden Einrichtungen und durch eigene Initiative der Angelegenheit weit mehr Gewicht verleihen können. Schließlich muß ja der Staat nachher in seinen Fürsorgeeinrichtungen oder gar in seinen Strafanstalten das mit Millionenbeträgen auffangen, was unter Umständen wenigstens teilweise mit bedeutend geringeren Mitteln frühzeitig hätte verhütet werden können.

Die Bedeutung der Prophylaxe gerade in den ersten Kinderjahren kann gar nicht hoch genug veranschlagt werden. Es ist allgemein bekannt, daß "neurotische Lebensschwierigkeiten Erwachsener in vielen Fällen auf traumatische Erlebnisse in der frühen Kindheit zurückzuführen sind". In erster Linie gilt das für die "gestörte" Familie. Aber auch sonst werden im Elternhaus folgenschwere Fehler begangen, etwa bei der Reinlichkeitserziehung, bei der Behandlung der Trotzperiode, bei Strafmaßnahmen oder durch das "Bangemachen vor dem schwarzen Mann", dem Nikolaus usw. Auch Gleichgültigkeit vieler Eltern gegenüber körperlichen Krankheiten spielt hier eine bedauerliche Rolle. So werden Sehstörungen oder Schwerhörigkeit oft nicht einmal bemerkt. Stellen die Eltern doch diese oder andere Leiden

fest, dann wird vielfach nichts dagegen unternommen. Ein Schulbeispiel dazu ist die Vernachlässigung des Milchgebisses, die dazu führt, daß bis zu 75% der Kinder schwerste Schädigungen und Zahnanomalien beim bleibenden Gebiß davontragen.

Auch hier sollte mit den wenigen und unvollständigen Angaben nur angedeutet werden, daß es in dieser, für die gesamte Entwicklung des Menschen so hochbedeutsamen Zeit, ein reiches Arbeitsfeld für prophylaktische Bemühungen zu erschließen wäre.

Schon der Umstand, daß in der Vorschulzeit im Sinne des hier angeschnittenen Problems noch recht wenig geschieht, und daß selbst bei breitester Inangriffnahme desselben immer wieder nicht zu erfassende und auch unbelehrbare Eltern in reichster Zahl bleiben würden, berechtigt zu der Auffassung, daß der Schwerpunkt der Prophylaxe in weitestem Sinne doch in die Zeit des Schuleintrittes und später zu liegen hat. Diese Ansicht wird auch dadurch noch bestärkt, daß nun ausnahmslos alle Kinder erfaßt werden, und daß in der ersten Schulzeit eine "gewisse Bewährungsprobe für das Kind" anläuft. Bei einem Versagen werden auch die sonst etwas gleichgültigen Eltern aufmerksam und sind nun für Abhilfemaßnahmen weitaus zugänglicher. Auch die Schulleistung an sich — hier im allerweitesten Sinne gemeint, so u. a. auch die sozialen Anforderungen — die nun von den Kindern verlangt wird, fördert manche Tatbestände ans Licht, die auf schon bestehende Krankheiten hinweisen oder wenigsten das Gefälle dazu aufhellen; nicht selten werden nun auch die Symptome sichtbar.

Die ganze hier aufgerissene Problemlage ist in ihrer Dringlichkeit längst bekannt, und so ist es nicht zu verwundern, daß seit Jahrzehnten bereits wenigstens in Einzelaktionen, die sich nun angesichts der immer größer werdenden Notlage stark vermehren, dieselbe angegangen wird.

In erster Linie wären dabei die Schulreifeuntersuchungen zu nennen. Wo auf Grund der verschiedenen bewährten Verfahren Kinder vom Schulbesuch zurückgestellt werden, ist immerhin schon etwas gewonnen. Die folgerichtige Maßnahme ist aber der Schulkindergarten, der nun die Kinder aufnimmt, die vom Schulbesuch zurückgestellt werden mußten. Diese Kinder können sich nicht einfach selbst überlassen bleiben. Nohl schrieb schon 1933 von diesen Kindern: "... dann fehlt ihnen dies Jahr in ihrer Entwicklung." Erv trat entschieden für die Einrichtung von Schulkindergärten ein, auch dafür, daß sie organisch mit der Schule verbunden würden. Nach den mir in Hamburg vom Pestalozzi-Fröbel-Verband gegebenen Unterlagen bestehen in Hamburg 12, in Bremen 10, in Frankfurt 2, in Aachen 2, in Freiburg, Göttingen, München und Köln je 1 Schulkindergarten. (Von Westfalen lagen Ende 1954 keine Meldungen vor.) In Hessen fand im November 1954 eine Tagung "Schulreife und Kindergarten" statt. In einer Eingabe des Hessischen Städtetages bittet dieser das Ministerium, "... daß pädagogische Kindergärten und Vorklassen eingerichtet werden und als Bestandteile der öffentlichen Volksschulen gelten". Es braucht kaum gesagt zu werden, daß eine fachgemäße Zurückstellung der Kinder, die nicht schulreif sind, und ihre zweckentsprechende Behandlung — die übrigens auch da eingeleitet werden könnte, wo etwa auf dem Lande die Einrichtung eines Schulkindergartens wegen der zu geringen Kinderzahl nicht möglich ist — auch für das gesamte Leben der Schule von allergrößter Bedeutung wäre.

Selbstverständlich hätte zu diesem Zeitpunkt auch eine gründliche ärztliche Untersuchung zu erfolgen, die ohne Zweifel zur Verhütung und Eindämmung einer ganzen Reihe von Gebrechen und Leiden führen würde, ganz abgesehen davon, daß sie in einer psycho-somatischen Diagnose auf keinen Fall fehlen dürfte.

Aus verschiedenen Gründen scheint mir auch — wenigstens vom Standpunkt des Psychologen aus gesehen — gerade die Zeit der Einschulung (oder kurz davor) bestens geeignet, eine Heilung bestehender Leiden durchzuführen. Das gilt ganz besonders für schon bestehende Sprachstörungen, aber auch für andere Leiden neurotischer oder nervöser Art. Hier läge auch einer der wesentlichsten Schwerpunkte der Erziehungsberatung, die ja heute nicht mehr zu entbehren ist, leider aber in den meisten Fällen viel zu spät in Anspruch genommen wird.

Zu all den bisher schon genannten Unternehmungen, die sicherlich dazu angetan sind, manchem Kind einen schweren Leidensweg zu ersparen, gehört ein Stamm besonders ausgebildeter Lehrer. Hier ist wiederum Hamburg vorbildlich: Seit 1952 werden dort bereits Lehrer für diese Sonderaufgabe ausgebildet. Auch die Münchener Schuljugendberatung geht folgerichtig diesen Weg. Sie wird durch drei Momente charakterisiert: "1. Jede Schule hat einen psychologischen Experten zur Wahrnehmung der anfallenden psychologischen Aufgaben der Schule. 2. Dieser psychologische Experte ist ein Lehrer der Schule, der weiterhin als Lehrer tätig ist. 3. Seine Beauftragung steht im Dienste des einzelnen Schülers, der einzelnen Klasse und der ganzen Schule und hebt sich sowohl von der eines Schulpsychologen (Diplompsychologen im Bereich der Schule) wie von der eines Psychotherapeuten ab."

In dem Erfahrungsbericht über die schulpsychologische Arbeit in Hessen werden u. a. folgende Grundsätze herausgestellt: "Der Lehrer und Schulpsychologe braucht für seine Arbeit echte wissenschaftliche Freiheit. — Der Schulpsychologe muß Lehrer sein, ... Nur der praktische Lehrer kann gewissermaßen bodenständig von innen her aus der Mannigfaltigkeit, . . . schulpsychologische Probleme von praktischer Bedeutung gewinnen." Es würde zu weit führen, hier die einzelnen Bestrebungen, wie sie u. a. auch in Nürnberg, Stuttgart, Bremen usw. angegangen werden, zu besprechen. Die Prophylaxe — wiederum im allgemeinsten Sinne gedacht, weil sie nicht spezialisiert werden kann und darf — sollte sich keinesfalls auf die Zeit

der Einschulung des Kindes beschränken. Ihre Bemühungen erstrecken sich über die ganze Schulzeit hin. Zunächst wird sie sich auf Beobachtungen stützen, die die Auffälligkeiten des Kindes registrieren. Körperliche und gesundheitliche Sonderheiten, das soziale Verhalten des Kindes, Leistungsausfall oder Leistungen auf besonderen Gebieten, der Beginn einer Sprachstörung usw. werden den Lehrer veranlassen, entsprechende Notizen zu machen oder gar den Schularzt, den Psychologen, den Sprachheilbeauftragten heranzuziehen, so daß weiter Maßnahmen ergriffen werden können. Die Bemühungen, seelische oder körperliche Krankheiten zu verhüten, müssen noch um manches erweitert werden: Recht oft begeht auch die Schule ahnungslos Fehler, die ganz besonders heute das anfällige Kind treffen und zu schwersten Schädigungen führen können. Hier wäre in erster Linie all das zu nennen, was unter die Begriffe "Verfrühung" und Überforderung" fällt. (In diesem Zusammenhang sind einige Anweisungen der neuen Richtlinien für die Volksschulen in Nordrhein-Westfalen zu begrüßen, in denen es u. a. heißt: "Verfrühung und Überbürdung sind zu vermeiden. Insbesondere kann die Forderung, daß die Kinder am Ende des 1. Schuljahres in der Lage sein sollen, fremde Texte zusammenhängend zu lesen, nicht allgemein aufrecht erhalten werden.")

Im Sinne einer Überbürdung können auch veraltete Methoden wirken. Sie stammen genau so wie mancherlei nie zu erfüllende Forderungen aus einer vergangenen Zeit, in der man nicht im entferntesten daran dachte, überhaupt einmal zu prüfen, ob die psychologischen Voraussetzungen beim Kinde vorhanden seien. Nicht selten sind auch sich als hochmodern bezeichnende Reformbestrebungen mit einer Radiotechnik zu vergleichen, bei der man die Sendeanlagen geradezu überzüchtet, aber sich um keinen Preis über die Leistungsfähigkeit der Aufnahmeapparate orientiert. Auch die Einschaltung von Ehrgeiz, wie es durch Verteilung von Fleißkärtchen oder durch entsprechende Rangordnung bei den Sitzplätzen und ähnlichen Spielereien geschieht, ist nicht nur im Hinblick auf das soziale Verhalten des Kindes bedenklich, sondern trägt eine direkte Gefährdung der Kinder in sich. Eine üble Rolle spielt vor allem in den unteren Jahrgängen die "Schulangst". Schwerste Anfeindungen müssen sich auch oft die Klassenarbeiten und Zeugniszensuren gefallen lassen, in vielen Fällen nicht mit Unrecht. Aber auch hier könnte eine kleine Blickwendung des erfahrenen Lehrers auf die damit verbundenen psychologischen Belange eine erhebliche Verbesserung erzielen.

Auf die ärztliche Betreuung der Kinder während der Schulzeit braucht hier nicht besonders eingegangen zu werden. Sie erfolgt bereits in nicht selten vorbildlichem Maße und trägt sicherlich in ungezählten Fällen zur Verhütung körperlicher Schäden bei.

Nicht unbedeutend im Sinne einer weitgreifenden Prophylaxe wäre ferner die fortlaufende Belehrung und Beratung der Eltern unserer Schulkinder. Hier öffnet sich ein weites Betätigungsfeld der Klassen- und Schulpflegschaften. Nicht nur die Haltung der Eltern der Schule gegenüber im allgemeinen wäre Inhalt der Vorträge und Einzelberatungen, sondern auch die gesamte Entwicklung der kindlichen Seele, die gesonderten Erörterungen über Acceleration, zweites Trotzalter, allmähliche Lösung vom Elternhaus, Übergang zu den weiterführenden Schulen, die Wahl der Art der höheren Schule usw. dürften mit in die Elternbelehrung einbezogen werden. Damit würden recht häufig Spannungen und Fehlentwicklungen bei den Kindern verhütet.

Im Rahmen dieser Ausführungen kann unmöglich auf jede Einzelheit eingegangen werden.

Zusammenfassend dürfte wohl gesagt werden können: Das reiche Material, das die Bedrohung unserer Kinder ganz besonders im Sinne eines neurotischen oder nervösen Einschlags darlegt, vor allem aber die vielseitigsten Bemühungen, die in fast allen Teilen Deutschlands eingeleitet wurden, zeigen, daß es sich hier um ein sehr ernstes Problem unserer Zeit handelt. Es erscheint dringend geboten, weitgespannte prophylaktische Bemühungen einzuleiten, die sich nicht nur auf die Sprachstörungen beziehen, sondern alles angehen, was die gesunde seelische und körperliche Entwicklung unserer Jugend gefährden könnte. Derartige Einrichtungen dürften sich nicht in Einzelaktionen verzetteln. Eine Zusammenfassung aller hier wirkenden Kräfte in einem weitgespannten Arbeitsprogramm wäre dringend geboten, wenn hier wirklich eine spürbare Entlastung sichtbar werden sollte. Weiteren Aufschub verträgt das Problem in seiner Lösung nicht, wenn nicht nie wieder gutzumachende Schäden einreißen sollen, und wenn die Erkrankungen nicht rein zahlenmäßig solche Ausmaße annehmen sollen, daß sie einfach nicht mehr zu bewältigen sind. Wie die Prophylaxe im einzelnen gestaltet werden könnte, geht wenigstens in großen Zügen schon aus dem Vorhergesagten hervor: Belehrung und Beratung der Eltern während der Vorschulzeit und der ganzen Schulzeit des Kindes, Aufklärung der Lehrerschaft über alle oben angeschnittenen Fragen, soweit es eben möglich ist, Ausbildung einzelner Lehrpersonen, damit die allgemeinen Schulreifeprüfungen durchgeführt werden können, Einrichtung von Schulkindergärten oder eine diesbezügliche Elternberatung. Engste Zusammenarbeit von Arzt, Psychologe, Erziehungsberater, Fürsorgerin, Pädagoge, Sprachheilpädagoge usw. mit der Maßgabe, daß in jedem einzelnen Falle die entsprechende Fachkraft zu Rate gezogen werden oder gar helfend eingreifen kann.

Es ist fürwahr ein überreiches Arbeitsfeld, mit dessen Organisation in den einzelnen Kreisen und Städten eine geeignete Person beauftragt werden müßte. Die Erfolgsaussicht einer solchen Arbeit, wenn sie nur einigermaßen sachgemäß angegangen wird, in ideeller und auch in finanzieller Hinsicht, kann einfach nicht abgestritten werden.

Anschrift des Verfassers: Otto Dick, Nienberge über Münster.

Martin Klemm:

ZUM HEUTIGEN STAND DER BALBUTIESFORSCHUNG (Nach Seemann, Prag)

Wie in Fachkreisen bekannt ist, hatte im April d. J. Herr Prof. See-mann, Prag, in einer Vorlesungsreihe in Berlin gesprochen. Mit dem Thema "Die Ursachen und die Behandlung des Stotterns" gab er einen zusammenfassenden Überblick über den letzten Stand der Balbutiesforschung, und es ist sehr lohnend, seine Ausführungen an dieser Stelle wiederzugeben. In seinem Vortrag hob er besonders Forschungsergebnisse amerikanischer Wissenschaftler, italienische und andere europäische Arbeiten hervor. Auch Pawlows Schlaftherapie fand an einer Stelle Erwähnung. Um das ausführliche Referat Prof. Seemanns dem nur beschränkt zur Verfügung stehenden Raum anzupassen, sei es gestattet, Kürzungen vorzunehmen und an anderen Stellen wieder eigene Zusätze einfließen zu lassen, die diese Kürzungen überbrücken sollen, ohne das Ziel des Referenten zu verfälschen oder aus dem Auge zu verlieren.

Als Schüler Gutzmanns huldige er heute nicht mehr ausschließlich der physiologischen Richtung Gutzmanns, Kußmauls usw. Es seien große Fortschritte in der Psychotherapie und in der Entwicklung der elektromedizinischen Hilfsapparate gemacht worden. Er erinnere nur an die Technik des elektro-encephalographischen Verfahrens, das gerade in diesen Tagen wieder Gegenstand weiterer Entwicklungsarbeiten namhafter Forscher ist, um damit noch genauere Ergebnisse erzielen zu können. Ebenso seien in der Stotterforschung selbst große Fortschritte gemacht worden.

Seemann nannte das Stottern eine Sprechneurose. Drei Eigentümlichkeiten seien an ihr auffallend: 1. Sie beginne meistens im Kindesalter im logisch-begrifflichen Stadium der Sprachentwicklung, also ungefähr um den Schulanfang. 2. Das Leiden beträfe mehr Knaben als Mädchen. Nach seinen Erhebungen ist das Verhältnis etwa 3,5:1. 3. Zur Entwicklung des Stotterns verwies Prof. Seemann auf die Auffassungen Fröschels und besonders Höpfners, der bekanntlich von einer primären assoziativen Ataxie, einer sekundären dissoziativen Ataxie und der assoziativen Aphasie mit ihren 3 Stadien spricht. Zu 1., dem Stotterbeginn am Schulanfang, möge nach Ernst Schneider (1) noch folgendes eingelassen sein: "Oft machen Eltern aus Unkenntnis strenge Lehrer dafür verantwortlich, wenn ein Kind mit dieser Neuanpassung nicht fertig wird.

Zwei Gründe kommen für dieses Versagen gewöhnlich in Frage: Die Konflikte beim Übergang von der Spiel- zur Schulzeit mit der Perseveration an der spielerischen Lebenshaltung und die Vorbelastung mit Angst vor neuen Lagen. Wenn ein Kind so "spät" noch zu stottern beginnt, dann ist dafür die Vorbelastung verantwortlich zu machen."

Fortfahrend führte Seemann zu den Ursachen folgendes aus: Es gäbe der Ursachen viele, und besonders seien seines Erachtens medizinische Probleme zu beachten. Daneben sei in erster Linie das Milieu zu untersuchen. Oft seien die Eltern nicht minder, wenn auch anders neurotisch. Besonders müsse man aber die somatischen Grundlagen prüfen. Sein Buch "Somatische Grundlagen bei Stotterern" ist uns ja bekanntgeworden. Zudem sei hinreichend bekannt, daß Umwelteinflüsse das Stottern oft provozieren. Er teilte die Ursachen in zwei Gruppen ein: 1. die zur ideotypischen (inneren) Form und 2. die zur paratypischen (äußeren) Form des Stotterns führenden Ursachen. Bei den inneren Ursachen sei besonders die Heredität von Wichtigkeit. Hierüber seien die Wissenschaftler sich nicht ganz einig. Gutzmann habe 23 %, er selbst 31 %, Nadoleszny 40 % und amerikanische Autoren sogar 50-60 % festgestellt. Solche Zahlen müsse man sehr skeptisch betrachten, denn oft erweise sich eine exakte Anamnese als unmöglich. Die Eltern offenbaren sich nur ungern oder überhaupt nicht. Wenn von Heredität gesprochen wird, müsse eindeutig festgestellt werden, daß nicht das Stottern direkt erblich ist, sondern nur die Disposition dazu aus der Erbanlage. Zu den inneren Ursachen gehöre auch die retardierte Sprachentwicklung im Kindesalter. Diese spät sprechenden Kinder zeigten sich oft zunächst als schwere Stammler. Die ganze zentrale Organisation habe sich verspätet, und es bestehe auch eine große Unsicherheit in den extrapyramidalen Funktionen. Diese Unsicherheit teile sich der Muskulatur des Sprechbereichs mit, und solche Kinder würden dann in der logisch-begrifflichen Stufe der Sprachentwicklung zu Stotterern.

Hierher gehört auch die von Seemann 1936 in die Sprachheilkunde eingeführte Methode der Zwillingsuntersuchung auf Grund der Zwillingsforschung. Er stellte damals bereits fest, daß z.B. bei stammelnden eineigen Zwillingen die völlig identische Form des Stammelns bei beiden Kindern auftritt. Es teilen sich also bei eineigen Zwillingen die Anlagen beiden Teilen mit. Bei 14 eineigen Zwillingspaaren lag 9mal bei beiden Partnern die gleiche verspätete Sprachentwickung vor. Unter 25 Paaren zweieiger Zwillinge fanden sich hingegen nur 8 Paare mit gleich verzögerter Sprachentwicklung; bei 4 dieser Paare war die Sprachentwicklung nur bei einem Partner verzögert, während der andere Teil normal sprechen gelernt hatte. Seemann hat ferner schon damals nachgewiesen, daß verzögerte Sprachentwicklung in mehr als 50 % der Fälle von der Vaterseite vererbt wird. Auch das Stottern eineiger Zwillinge hält Seemann für ein aus der gegebenen Prädisposition erblich bedingtes Merkmal.

Zur Handdominanz bei Stotterern führte der Vortragende weiter aus, daß hier ein Zusammenhang bezweifelt werden müsse. Scripture habe festgestellt, daß z. B. Umerziehung von Epileptikern von rechts auf links Stottern erzeugt. Er selbst habe wenige Fälle gefunden, in denen bei Stotterern eine Handdominanz vorhanden war.

Wir wissen, daß Gutzmann, Fröschels und Arnold die ätiologischen Zusammenhänge nicht anerkennen. Auch amerikanische und andere Forschungen von Orton, Gordon, Baryngelsen usw. ergeben keinen Anhaltspunkt für einen ätiologischen Zusammenhang, obwohl Baryngelsen eine verhältnismäßig hohe Prozentzahl von Linkshändern und Beidhändern ausweist. Fest steht indessen, daß gewaltsames Umlernen von Linkshändern auf rechts Defekte, besonders auch Stottern auslösen kann. Das Aktivieren der betreffenden Zentren der anderen Hirnhälfte über den Balken mit seinen Kommissurfäden nach einseitigen Ausfällen durch psychische oder somatische Traumen kann nur mit größter Vorsicht betrieben werden! Bei Stotterern ist hier noch weit größere Vorsicht geboten.

Seemann schloß diesen Abschnitt mit der Angabe, daß er bei 500 stotternden Versuchspersonen jedoch nur 11 Linkshänder gefunden hat. Zu den inneren Ursachen gehörten auch die konstitutionellen Eigenarten. Besonders Szondi habe das in seinen "Konstitutionsanalysen" nachgewiesen. So hätte Szondi bei 20% der Stotterer abnorme Schädelskelette, bei 24% Hypogenitalismus, bei 19% einen deformierten Türkensattel und bei 74% einen abnormen Zuckerhaushalt gefunden. Bei letzteren könne nach einer Glykoregulation ärztlicherseits auch das Stottern verschwinden. Bei 71% habe Szondi pathologische Kapillarbefunde erhoben. Wir sähen also viele vasomotorische Neurotiker unter Stotterern, die viel zu Migräne und manchmal auch zur Epilepsie neigen. Bei seinen neuen Arbeiten nach dem Kriege fand Seemann als somatische Grundlage für das Stottern bei 84,6% der Untersuchten Störungen des vegetativen Nervensystems, bei Kindern sogar 88% litalienische Arbeiten, die zur gleichen Zeit liefen, hätten diese erschreckenden Ergebnisse bestätigt.

(Schluß folgt)

Aus der Organisation

Arbeitsgemeinschaft für Sprachheilpädagogik in Deutschland, e. V.

Vorsitzender: Prof. Dr. Otto v. Essen, Universität Hamburg

Geschäftsführer: J. Wulff, Hamburg 6, Karolinenstraße 35

Kassierer: Konrad Leites, Hamburg-Altona, Thadenstr. 147, Postscheckkonto Hamburg 97 40

Fortbildungstagung der "Westfälisch-Lippischen Arbeitsgemeinschaft für das Sprachheilwesen" vom 4. bis 6. Juli 1957 in Detmold.

Zum 7. Male versammelten sich die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft zu ihrer jährlichen Arbeitstagung, diesesmal in der altehrwürdigen und traditionsreichen Residenzstadt Detmold mit ihrer schönen Umgebung.

Residenzstadt Detmold mit ihrer schönen Umgebung.

Der eigentlichen Tagung gingen am 4. Juli eine Sitzung des Vorstandes und die ordentliche Mitgliederversammlung voraus. Am 5. Juli begann um 9.30 Uhr im großen Saal des Hotels "Stadt Frankfurt" die zahlreich besuchte öffentliche Veranstaltung. Als Vertreter des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe begrüßte Landesoberverwaltungsrat Hollwedel die Teilnehmer und überbrachte die Grüße des Landeshauptmanns Dr. Köchling. Sein Willkommensgruß galt insbesondere den Vertretern des Landschaftsverbandes Rheinland, der Länder, der Regierungen und Kreisverwaltungen in Westfalen-Lippe, den Vertretern der Wissenschaft (unter ihnen auch Professor Dr. Dahlmann mit seinem Assistenten Becker aus Ost-Berlin), den Vertretern der öffentlichen und privaten Wohlfahrtsverbände, den Sprachheillehrern aus dem Bundesgebiet und den Sprachheilbeauftragten in Westfalen-Lippe. Als Vertreter der Stadt Detmold hieß Bürgermeister Kirchhoff die Tagungsteilnehmer herzlich willkommen. Oberschulrat Stegmann von der Regierung Detmold überbrachte die Grüße des Regierungspräsidenten.

Nach dem Eintritt in die Tagesordnung wies Direktor Dr. Steinig in seinen grundlegenden Ausführungen auf folgendes hin: Am sprachkranken Menschen arbeiten heute Spezialisten der verschiedensten Disziplinen: Fachärzte, Psychologen, Heilpädagogen und Sozialfürsorger. Sie alle arbeiten unter verschiedenen Gesichtspunkten, mit sehr verschiedenen Vorbildungen, aber mit dem gleichen Ziel, sprachkranken Menschen durch Behebung oder Besserung ihres Sprachleidens die Lebensexistenz zu sichern. Das Ziel aller Rehabilitationsmaßnahmen der Sprachgeschädigtenfürsorge ist der möglichst vollwertige Einsatz des sprachgeschädigten Menschen ins Erwerbsleben.

Diesem Zweck sind die neuesten Erkenntnisse auf medizinischem, psychologischem, heilpädagogischem und sozial-fürsorgerischem Gebiet nutzbar zu machen.

Darum ist es heute notwendig geworden, daß diese Berufsgruppen auch gemeinsam tagen im Hinblick auf die komplexen, gemeinsam zu lösenden Aufgaben. Alle Spezialisten, die ein Rüstzeug für die Sprachkrankenbehandlung besitzen, müssen einander zu Hilfe kommen und bereit sein, Erfahrungsgut voneinander zu übernehmen. Darum sollen auf unserer diesjährigen Arbeistagung der Facharzt, der Psychologe und Heilpädagoge zu Wort kommen.

Anschließend sprach Herr Professor Dr. med. H. Loebell (Münster) einleitende Worte zu dem Vortrag von Dr. med. Nessel über "Sprachstörungen im Kindesalter" mit Vorweisung von Diapositiven. Nach dem Referat gab Professor Loebell einführende Worte zur Anatomie und Physiologie des Ohres. Danach folgte die Vorführung des von Kobrak (Chikago) hergestellten Tonfilms des Innenohres und die Vorführung des von Janke und Schwab hergestellten Röntgentonfilms über die Sprache bei Laryngektomierten. Die Ausführungen und Darbietungen wurden mit großem Beifall aufgenommen.

Starke Beachtung fand auch das anschließende Referat der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Frau Obermedizinalrätin Dr. Hecker (Gütersloh), Leiterin der Westfälischen Klinik für Jugendpsychiatrie: "Stottern aus jugendpsychiatrischer Sicht"

Der Nachmittag brachte zunächst einen Vortrag des Beauftragten für die ambulante Sprachgeschädigtenfürsorge im Stadtkreis Iserlohn, Hilfsschullehrer Niemand (Iserlohn) über "Das Tonbandgerät in der ambulanten Sprachheilbehandlung" mit Demonstrationen. Es folgte anschließend das Referat des Beauftragten für die ambulante Sprachkrankenfürsorge im Landkreis Münster, Hauptlehrer Dick (Nienberg), über "Psychotherapeutische Maßnahmen in der ambulanten Sprachheilbehandlung". Am Samstag, dem 6. Juli, sprach zunächst Hauptlehrer Dick über "Prophylaktische Möglichkeiten bei Sprachleiden". Nach diesem Referat beanspruchte der direkte Meinungsaustausch über Einzelfragen in der Sprachheilbehandlung den Vormittag. In allen theoretischen Auseinandersetzungen klang trotz mancher gegensätzlichen Auffassungen, die sachlichen Motiven entsprangen, das Bekenntnis zu harmonischer Zusammenarbeit durch.

Umschau und Diskussion

Ruth Schüler und Georg Eberhard Wolter:

Erfahrungen in der Hörerziehung bei erwachsenen Hörapparatträgern

Das Versorgungsamt Berlin richtete im November 1955 erstmalig in Deutschland Kurse ein, um erwachsene Gehörgeschädigte mit ihren Hörapparaten vertraut zu machen, und um sie in den vollen Genuß der Hörmöglichkeiten mit einem Gerät kommen zu lassen. Zur Unterweisung wurden zwei Lehrkräfte der Helen-Keller-Schwerhörigenschule, Berlin-Charlottenburg, herangezogen. Die Kurse umfaßten in 5 Wochen je eine Doppelstunde. Die Kriegsbeschädigten kamen aus allen Berufsschichten und Kreisen und litten unter den verschiedenartigsten Hörsförungen. Es handelte sich zu 90% um männliche und zu 10% um weibliche Teilnehmer. Jeder der 10 bis 20 Teilnehmer des Lehrganges war mit einem Hörgerät versehen. Einige hatten ihr Gerät bereits jahrelang. Die meisten jedoch waren gerade damit versehen worden, oder sie benutzten ihren Hörapparat erst kurze Zeit. Ihre Absehfähigkeit war sehr unterschiedlich. Bisher hatte das Versorgungsamt die Schwerhörigen zu Absehkursen aufgefordert. Aber längst nicht alle Kursusteilnehmer konnten ablesen. Viele wurden von ihren Angehörigen angeschrien, oder sie hatten sich bisher fast nur schriftlich verständlich zu machen versucht.

Die Erkenntnis, daß das moderne Hörgerät den Schwerhörigen wieder zum vollwertigen Mitglied der menschlichen Gemeinschaft machen kann, und besonders, daß er nun von der Last seines Leidens zum großen Teil befreit werden kann, hat das Versorgungsamt Berlin dazu bewogen, die Gehörgeschädigten mit diesen Geräten auszurüsten. Erfahrungsgemäß nutzte es aber bei vielen Schwerhörigen nicht, ihnen den Apparat nur mit Gebrauchsanweisung zu geben. Manche verloren den Mut und die Lust, mit dem Hörgerät zu hören, wenn sie nicht sofort einen vollem Erfolg bei Gesprächen, Radiosendungen oder gar im Kino und Theater verspürten. Die kostbaren Geräte lagen dann in der Schublade, und der Schwerhörige half sich wie vordem weiter.

Die nun anlaufenden Kurse waren anfänglich so gedacht, daß nur akustische Eindrücke im Hörunterricht vermittelt und wahrgenommen werden sollten. Die Erfahrungen bei den Kindern der Schwerhörigenschule am Vielhörer und auch mit Einzelhörgeräten hatten jedoch gelehrt, daß die akustische Aufnahme der Unterstützung durch den visuellen Eindruck bedarf. Alles Gesprochene wird besser wahrgenommen, wenn das optische Bild dazukommt. Deshalb wurde der Unterricht im Kursus derart aufgebaut, daß zuerst das Wort oder das Geräusch in voller Sicht geboten wurde. Dann erst wurde das Mundbild bzw. der Gegenstand, mit dem die Geräusche erzeugt wurden, verdeckt.

erzeugt wurden, verdeckt.

Im Unterricht saßen die Teilnehmer im Halbkreis, damit sie die Lehrperson und sich untereinander gut sehen konnten. Nach der Begrüßung durch den Leiter der Orthopädischen Versorgungsstelle Berlin hatten die Teilnehmer Gelegenheit, mit einem Techniker etwaige Mängel an ihren Hörgeräten zu besprechen. Sie wurden erneut belehrt, ihr Gerät unter der Oberbekleidung so zu befstigen, daß möglichst wenig Reibegeräusche entstehen; ebenso daß möglichst der Apparat auf der Körperseite getragen werden muß, die dem Ohr mit Hörolive gegenüberliegt, und daß das Gerät nicht zu dicht an das Ohr gebracht werden darf, um Pfeifgeräusche zu vermeiden. Der Sitz der einzelnen Ohrpaßstücke, der für einen störungsfreien Empfang von größter Wichtigkeit ist, wurde ebenfalls überprüft.

Im Unterricht gingen die Lehrer jedesmal von einfachen Übungen aus, die während der Stunden erschwert wurden.

- I. Darbietung und Nachsprechen von
 - a) Zahlen und Namen,
 - b) Wochentagen, Monatsnamen, Daten,
 - c) Wortreihen (nach Artikulationsstellen und Frequenzhöhe geordnet),
 - d) Wortverbindungen,
 - e) häufigen Grußformen und Redewendungen,
 - f) Sprichwörtern,
 - g) Sprech- und Reimspielen mit Kombinationsübungen.
 - h) Satzganzem.
- II. Erkennen und Einordnen von Nebengeräuschen und Stimmen
 - a) Klatschen, Klopfen, Pfeifen, Hupen usw.,
 - b) Tierstimmen,
 - c) Erkennen von Stimmen der Kursusteilnehmer.
- III. Abschnittsweises Vorlesen von Berichten oder Erzählung und Wiedergabe durch die Teilnehmer.
- IV. Übergehen zu Gesprächen und Diskussionen.

Hierbei wurden die Teilnehmer unter anderem zum Erzählen über Art und Dauer ihres Leidens angeregt. Es war zu beobachten, welche günstige Beeinflussung diese Aussprachen und das Mitempfinden mit den Erlebnissen und Leiden der anderen auf sie hatte.

- V. Im Laufe des Kursus gingen die Lehrpersonen dazu über, die Hörapparatträger auch mit abgewendetem Gesicht von hinten anzusprechen. Sie saßen nicht nur ruhig vor ihnen, sondern bewegten sich auch beim Sprechen im Raum.
- VI. Die Kursusteilnehmer wurden auf evtl. Fehler in ihrer Aussprache aufmerksam gemacht und zur Selbstkorrektur angeregt. Eine Sprecherziehung konnte wegen der Kürze der Zeit nicht erfolgen.

der Kurze der Zeit nicht erfolgen.

Es war auffallend, wie sich das Hören mit Apparaten von Mal zu Mal besserte. Besonders eindrucksvoll waren die Beteuerungen der Teilnehmer, daß sie durch den Kursus viel aufgeschlossener und mitteilsamer geworden seien und einen großen Teil ihrer Scheu und ihres Mißtrauens verloren hätten. Wichtig war auch, den Gehörgeschädigten zu erklären, daß die Aufnahme des Gehörten von der Witterung sowie von Stimmlage und Tonhöhe des Sprechenden abhängig ist.

Fast alle Kursusteilnehmer äußerten sich dankbar, daß das Versorgungsamt sich auf diese Weise um sie bemühe. Sie hofften auf eine Fortsetzung der Kurse. Für die Lehrer war die Erkenntnis, daß die geistig Regsameren schneller verstanden und besser kombinierten, eine Bestätigung für die Beobachtungen an schwerhörigen Schulkindern.

Als Ergebnis jedes Kurses kann festgestellt werden:

- a) die Teilnehmer sind im Gebrauch ihrer Geräte sicherer geworden,
- b) sie verstehen, sie zweckentsprechend zu benutzen,
- c) sie hören besser als vorher damit,
- d) sie sind im öffentlichen Leben mutiger geworden und zeigen ein sicheres Auftreten.

Der Unterricht bei den erwachsenen Schwerhörigen ist befruchtend für die Arbeit in der Schule gewesen. Es war eindrucksvoll mitzuerleben, was der moderne Hörapparat für den Gehörgeschädigten bedeutet. Das Hörgerät ist nicht nur ein Helfer im Berufsleben, sondern auch ein Mittel, den Schwerhörigen aus der Isolation heraus in die Gemeinschaft der Sprechenden zu führen. In der Schwerhörigenschule ist für viele Kinder zum Ableseunterricht und zum Unterricht am Vielhörer nun auch die Therapiestunde mit dem Einzelhörgerät gekommen. Es ist zu erhoffen, daß neben dem rechtzeitigen Vertrautmachen mit dem Gerät auch die weitgehendste Ausnutzung des Restgehörs und eine starke Besserung der Sprache Hand in Hand gehen.

Anschrift der Verfasser: Ruth Schüler und Georg-Eberhard Wolter, Schwerhörigenschule Berlin-Charlottenburg, Pestalozzistraße

Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie vom 25. bis 27. Juli 1957 in München

An drei voll ausgelasteten Tagen mit über 70 Referaten aus dem Gebiete der Gesichtsund Kiefernchirurgie vollzog sich bei fast pünktlicher Erledigung diese Tagung bei reicher Beteiligung der Fachmediziner des In- und Auslandes.

Für die Logopäden gab es wenig neue Gesichtspunkte und wenig neue Anregungen für ihre spezielle Therapie. Es waren auch nur wenige Phoniater wie Prof. Gutzmann, Dr. Arnold, New York, außerdem Dozent Dr. Doubek, Graz, und als Logopäde der Unterzeichnete anwesend.

Gutzmann sprach über "Die Aufgaben des Stimm- und Spracharztes bei der Behandlung von Gaumenspalten vor und nach der Operation", zeigte die Möglichkeiten der passiven und aktiven Gaumensegelmassage auf und berührte die Fragen der Artikulationsverbesserung, besonders mit Hilfe der verschiedenen Sonden. —

Wulff, Hamburg, berichtete über "Stottern bei Gaumenspalten". Bei der Untersuchung von 454 Spaltträgern wurden 5,1% Stotterer, bei 35 untersuchten Pharynxplastikern 11,4% stotternde Patienten festgestellt. Daraus resultiert, daß organische Mißbildung und die damit verknüpften Sprechschwierigkeiten Stottern auslösen, erschweren und vereinzelt auch verursachen können.

Die Frühoperation im Alter von etwa 5 Jahren und die sprachliche Nachbehandlung haben also auch für das Stottern prophylaktische Bedeutung. Bei etwa der Hälfte der stotternden Gaumenspaltern konnte durch die Sprachambulanz und natürlich ergänzend durch günstige Bedingungen persönlicher und häuslicher Faktoren außer der Normalisierung der Sprache auch die Beseitigung des Stotterns erreicht werden.

Unbeeinflußt blieb das Stottern bei den erwachsenen Pharynxplastikern, deren Artikulationsmängel wegen Nichterscheinens in der Ambulanz, auch wegen Resignierens der Patienten während der stationären Behandlung, ebenfalls nicht einwandfrei behoben werden konnten. Genauere Einzelheiten und einige kasuistische Beispiele bringt die Wiedergabe aller Referate in "Fortschritte der Gesichts- und Kiefernchirurgie", Bd. III, Thieme-Verlag, Stuttgart.

Enthemmung um jeden Preis?

Auf den Erziehungsberatungsstellen und anderen heilpädagogischen Ambulanzen ist es in letzter Zeit geradezu Mode geworden, Kinder mit abnormen Reaktionsweisen oder sozialen Schwierigkeiten auf alle Fälle erst einmal gründlich zu "enthemmen". Das geht dann so vor sich, daß diese Kinder sich um jeden Preis austoben können oder müssen, oft in aggressivsten Scenen, wobei es vielfach Scherben und Kleinholz gibt. Wenn auch dieses grobe therapeutische Mittel nicht immer ein Qualitätsnachweis für den betreffenden Pädagogen oder Heilpädagogen ist, so mag dieses "Therapeutikum" für die Introvertierten unter den kleinen Patienten noch verständlich sein. Wenn aber für die extravertierten, exaltiert Aggressiven nach Schema "F" das gleiche Mittel angewendet wird, so daß sich ihre Aggressionslust vom Geschirr- und Möbelzerschlagen bis zum Stechen mit Stricknadeln und Schlagen mit dem Küchenhammer nach dem älteren Bruder steigert — uns liegen ganz konkrete Fälle vor —, dann müssen wohl energische Bedenken gegen diese "Enthemmungs"-Therapie angemeldet werden.

Das heilpädagogische Problem besteht nämlich nicht so sehr darin, ein solches Kind nur restlos zu enthemmen, das ist oft schnell und ohne großes Können getan, sondern jetzt die Affektentladungen durch geeignete heilpädagogische Maßnahmen zu reduzieren. Die jeweiligen Lust- oder Unlustgefühle auf diese Maßnahmen mit ihren pädagogischen Folgerungen müssen für das Kind zu einer unvergeßlichen Erfahrung werden, die ein dauernder Bestandteil der sich entwickelnden Persönlichkeit bleiben muß. Hierher gehört Aspergers Feststellung, daß man sich nicht von dem Satz der Allerweltspädagogisk schrecken lassen solle, nach dem man Kindern niemals ihre Selbständigkeit einengen dürfe, sondern daß man sie unbedingt zur Selbständigkeit erziehen muß. "Diese Kinder vertragen in gewissem Sinn keine Selbständigkeit, man muß sie ihnen daher weitgehend abnehmen, ähnlich wie manchen neuropathischen Typen." Hier ist eine lückenlose, überlegene Führung vonnöten, die nach Asperger ungemein elastisch, sehr persönlich, der Individualität des Kindes und dem sich ständig wandelnden Augenblick angepaßt sein muß. Wir sehen schon, wenn irgendwo, so ist gerade hier eine Erzieherpersönlichkeit von hohen Graden erforderlich.

hohen Graden erforderlich.

Schon die anamnestischen Angaben sind von entscheidender Bedeutung für die Anordnung administrativer und heilpädagogischer Maßnahmen. Es gehört zu den großen Künsten des Heilpädagogen, zu einer guten Anamnese zu kommen. Die Eltern äußern sich nur ungern und unvollkommen; meist sind sie selbst, wenn auch anders, neurotisch. Erfährt der Berater auf der Ambulanz, daß eine negative Erziehungssituation oder ein schockierendes Einzelerlebnis eingetreten ist, so ist er manchmal schnell geneigt, hierin die ausreichende Ursache des Krankheitsgeschehens zu sehen. Sein Kausalitätsbedürfnis wird dadurch befriedigt, daß er ein Ereignis, das sich aus der Fülle des gewöhnlichen Geschehens heraushebt, mit einer zutagetretenden Störung in Zusammenhang bringen kann. Lersch's Integrationsgesetz von der Ganzheit alles Lebendigen gewinnt in diesen Zusammenhang besondere Bedeutung. "Für alle lebendigen Gebilde gilt der Satz, daß die Veränderung eines Gliedes der Ganzheit nicht auf dieses beschränkt bleibt, sondern sich auch auf andere Gebiete auswirkt." Es ist also nötig, vor dem schrankenlosen Enthemmen eines pathologisch integrierten Kindes nach weiteren und tieferen Ursachen für sein abwegiges Verhalten zu forschen.

Es ist nicht Aufgabe dieses kritischen Beitrags, auf die allgemeine Ursachenlehre der Psychopathologie einzugehen, die in ihrer tragenden Breite eines Sonderstudiums wert ist. Es sei z.B. nur daran erinnert, daß vor einer kurzerhand eingeleiteten Enthemmung stets ein erfahrener Arzt zu Rate zu ziehen ist. Dabei geht es über das Erneben einzelner Organbefunde hinaus darum, Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, wie sich im körperlichen Zustand Charakterliches "ausspricht", wie es "in Erscheinung tritt".

Mit allem Nachdruck muß also gefordert werden, daß eine so entscheidende und weitreichende therapeutische Maßnahme wie die Enthemmung sehr wohl überlegt und nur von hochqualifizierten Therapeuten vorgenommen werden muß, da sie sonst oft in ihren Folgen mehr an Goethes "Zauberlehrling" erinnert als an Heilpädagogik.

Auch ein "Werbefilm"!

Vor einiger Zeit lief in den Lichtspielhäusern West-Berlins ein Werbe-Kurzfilm, der die Zweckmäßigkeit und den Wert des Sparens bei einem der dafür vorgesehenen Institute aufzeigen sollte. Am Schluß warb dann eine bekannte Sparkasse um die Gunst der Sparer.

Die lobenswerte Tendenz des Streifens wurde durch die — wie bei derartigen Filmen meist zu beobachtende — mehr als banale Darstellung eines Einbruches stark herabgesetzt. Um diesen dürftigen Handlungsablauf wenigstens etwas zu beleben, wurde einer der drei Einbrecher als Stotterer (!) dargestellt.

Die primitive Spekulation des Drehbuchautoren fiel dann auch bei dem größten Teil des durchaus nicht nur gerade an der "Grenze der ortsüblichen Dummheit" stehenden Publikums auf fruchtbaren Boden und erzielte die beabsichtigten Lacher"

Man sollte sich doch endlich einmal stärker geistig strapazieren, anstatt eine äußerst magere Filmhandlung durch die Verhöhnung schwer leidender Menschen aufzupulvern. Traurig genug, wenn ein Auftraggeber, hier sogar noch einer der öffentlichen Hand, für derartige Entgleisungen beträchtliche Geldmittel bereitstellt. Was kann unsere Arbeitsgemeinschaft eigentlich in solchen und ähnlichen Fällen tun?

Bücher und Zeitschriften

Giulio Panconcelli-Calzia

Die Stimmatmung. Das Neue — Das Alte. 74 S., mit 38 Textabbildungen. Nova Acta Leopoldina. Neue Folge, Bd. 18, Nr. 123, bei Johann Ambrosius Barth, Leipzig Acta Leopoldina. Ne 1956. Geh. 5,— DM.

Vorbehaltlos bekennt sich ein Altmeister der Phonetik zur neuro-chronaxischen und cerebralen Theorie der Stimmlippenschwingungen nach Raul Husson, ebenso wie dieser im Mai 1956 in Bad Harzburg (9. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde) der deutschen wissenschaftlichen Forschung und besonders Panconcelli-Calzia hohe Anerkennung zollt.

Schon in voraufgehenden Veröffentlichungen (Beihf. z. Zsch. f. HNO, 1953, H. 7; 1953/54, H. 1; Wiss. Zsch. Univ. Halle, 1956, H. 3) zieht er aus dieser neuen Theorie praktische Folgerungen hinsichtlich der Bedeutung der Atmung für die Stimme und, im Zusammenwirken mit Fausts "aktiver Entspannungsbehandlung" (Stuttgart 1954), für eine rationelle Stimmtherapie.

Im I. Abschnitt (5—12) wird dargelegt, daß die der Stimmerzeugung dienenden Organe phylogenetisch ältere Funktionen haben, somit ein "sensorisch motorisches assoziatives Etwas" (6) bilden, dem durch neurale Koordinationen neue Funktionen zugewiesen werden. "Avec son larynx l'homne est susceptible de faire du bruit; il parle et il chante avec son cerveau" (7). Wie sagte Stern (1928)? Wir singen mit dem Kopf, nicht mit dem Kehlkopf. Lagets und Moulonguets Versuche bestätigen, daß die Entstehung der Stimme "endgültig auf die reine Neuro-Physiologie und im besonderen auf die Cerebro-Physiologie" (9) rückführbar ist. Weiter widmet sich der Autor zentral bedingten Unterschieden der Atmung beim Singen und Sprechen (9 f) und ihrem Verhältnis zur Raumakustik (11 f).

(9 f) und ihrem Verhältnis zur Raumakustik (11 f).

Der II. Abschnitt (13—63) setzt sich mit dem Alten auseinander, wobei bedeutende und überraschende historische Einzelheiten zur Darstellung kommen. Des Autors kritischer Blick ordnet die vielfach von der Technik und dem 'Zauber der großen Zahl' (18) bestimmten phonetischen Untersuchungsmethoden einer überhöhten Schau unter, die jedes Individuum als 'Maßstab für seine Normalität (19) sehen möchte und warnt vor trügerischen 'Normen' und 'Fiktionen'. Interessante Betrachtungen werden der 'Güte' und 'Schönheit' der Stimme gewidmet, wofür die Tragik Carusos beispielhaft herangezogen wird. Für unseren speziellen Sektor interessiert die kritische Auseinandersetzung mit der verdienstvollen Clara Hoffmann, insbesondere ihren Atmungsuntersuchungen an 3496 Schulkindern. Die der 'richtigen' costoabdominalen Atmung zuwiderlaufenden Ergebnisse (Thorakal: abdominal bei ropm 2,6:1. bei rph 8,4:1) werden der 'Fiktion' eines Normaltypus zugeschrieben, der von der stummen Atmung ausgeht. Nicht ein bestimmter Atmungstypus erscheint dem Autor wichtig, allein die Frage der instinktiven Anpassung an alle Lebenslagen, der Vermeidung von Fehlspannungen, ist entscheidend. Es wäre hier zu bedenken, ob nicht doch auf Grund der anatomischen Strukturiertheit des menschlichen Körpers der costoabdominalen Atmung der Vorzug zu geben ist, wie kürzlich erst wieder Parow (Stuttgart 1953) darlegte. Stimmstörungen werden sinngemäß zu 'phonischen Symptomen neuraler Erkrankungen' (34). An der klassischen Einteilung dieser Störungen wird festgehalten, da die Gruppierung auf neuer Basis noch der Lösung harrt. An etwa 30 Pneumogrammen werden die Atmungsabläufe der rm und rph bei organischen, funktionellen und psychogenen Störungen dargestellt.

Der III, Teil (64—73) vergleicht zwischen Altem und Neuem. Dabei werden Gieß-weins Untersuchungen über die Resonanz der Nebenhöhlen bestätigt und können mit Hussons Ergebnissen korrespondierend abgestimmt werden. Hinsichtlich der Reedukation der erkrankten Stimme wird vor allem im Zusammengehen mit Fausts zentripetaler Behandlungsweise ein rationeller Weg aufgezeichnet.

Da Originalarbeiten von Husson zur Zeit schwer zu beschaffen sind, wird man gerne nach dieser tief schürfenden Vergleichung zwischen myoelastischer und neurochronaxischer Theorie greifen, zumal in der fesselnden und kritischen Art, die Panconcelli-Calzias Arbeiten auszeichnet. Sie stellt ein eindeutiges Bekenntnis dar und dürfte gerade deswegen zur Beschäftigung mit dieser brennenden Frage anregen.

W. Orthmann

Schriftleitung: Arno Schulze und Martin Klemm, Berlin-Neukölln, Herrfurthplatz 10. Geschäftsstelle der Zeitschrift: K.-H. Rölke, Berlin SW 61, Monumentenstr. 16, Tel.: 691629. Druck: Makowski u. Wilde, Berlin-Neukölln, Hermannstr. 48, Tel. 620652